

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЗАО СК « ДИАМАНТ »
СЧИТАТЬ ПРАВИЛАМИ СТРАХОВАНИЯ
ПРАВОПРЕЕМНИК', ООО СК « ДИ. М / НТ »
В СООТВЕТСТВИИ С ПРИК/ЗОМ
№ 2 ОТ 30 . 06 . 2014 Г.



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР
ООО СК « ДИАМАНТ »

М. И. Хаджиева
М. И. ХАДЖИЕВА

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Генерального директора
ЗАО «Страховая компания «Диамант»
№ 4 от «04» 02 2013г.
Генеральный директор ЗАО «Страховая
компания «Диамант»



Серкина О.А. / Серкина О.А. /

ПРАВИЛА

добровольного медицинского страхования

(предыдущая версия от 30.05.1995г.)

1. Общие положения. Субъекты страхования.
2. Объект страхования.
3. Страховой риск. Страховой случай. Программы страхования.
4. Страховая сумма.
5. Страховая премия (страховые взносы). Страховой тариф.
6. Порядок заключения договора страхования.
7. Порядок выполнения обязательств по договору.
8. Порядок прекращения договора страхования.
9. Изменение степени риска.
10. Права и обязанности сторон.
11. Исковая давность. Порядок разрешения споров.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации", иными нормативными документами в области страхования настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

Настоящее страхование осуществляется на основе Программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение медицинской помощи определённого объема и качества сверх установленной программами обязательного медицинского страхования.

Программа страхования – совокупность медицинских, медико-транспортных и иных услуг, связанных с оказанием медицинской помощи Застрахованному, которые Страховщик при наступлении страхового случая обязуется организовать и оплатить в пределах установленной договором страхования страховой суммы.

1.2. Субъектами договора страхования выступают:

1.2.1. Страховая организация - Закрытое акционерное общество "Страховая компания "ДИАМАНТ" (далее по тексту - "Страховщик"), осуществляющая страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной органом страхового надзора.

1.2.2. Дееспособные физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели и (или) юридические лица любых организационно-правовых форм, заключающие договоры страхования (далее по тексту - "Страхователи").

1.2.3. Физические лица, в пользу которых заключаются договоры страхования (далее по тексту - "Застрахованные"), при этом Страхователи - физические лица, заключившие такие договоры в свою пользу, являются одновременно Застрахованными.

1.2.4. Медицинские учреждения (включая аптеки), являющиеся их структурными подразделениями) - имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

1.3. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинским учреждением определяются Договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. При этом указанный Договор должен содержать: наименование сторон; численность застрахованных; виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг); стоимость работ и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия (Приложение №5 к настоящим Правилам).

1.4. Договоры страхования заключаются в пользу граждан в возрасте от 1 года до 70 лет.

1.5. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме. Договор коллективного страхования заключается в пользу работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов семей таких работников и иных лиц. До заключения договора страхования Страховщик вправе потребовать предварительного медицинского освидетельствования лиц, подлежащих страхованию.

1.6. На страхование не принимаются:

- граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;

- инвалиды I группы или дети - инвалиды;
- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

1.7. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с оказанием ему медицинских услуг.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

3.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем признается обращение Застрахованного в медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других несчастных случаях за получением медицинской, в том числе лекарственной, помощи, предусмотренной договором страхования.

3.3. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях (Приложение №2 к Правилам страхования):

3.3.1. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях и у частнопрактикующих врачей, имеющих лицензию установленного образца, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа "Амбулаторно-поликлиническая помощь").

3.3.2. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих стационарную медицинскую помощь (программа "Стационарная медицинская помощь").

3.3.3. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь (программа "Комплексная медицинская помощь").

3.3.4. Организации предоставления и оплаты стоматологической помощи (программа "Стоматология").

3.3.5. Организации предоставления и оплаты скорой (неотложной) медицинской помощи (программа "Скорая (неотложная) медицинская помощь").

3.4. В программах "Амбулаторная помощь" и "Комплексная медицинская помощь" может предусматриваться возмещение расходов на лекарственные средства при амбулаторно-поликлиническом лечении в сумме не более 80 % от страховой суммы по программе "Амбулаторная помощь" (дополнительная программа "Лекарственная помощь").

Оплата лекарственных средств осуществляется по рецепту врача при наступлении

страхового случая, предусмотренного договором страхования. Порядок возмещения затрат на лекарственные средства определяется п. 7.2 настоящих Правил.

3.5. В программах, перечисленных в п.п.3.3.1 - 3.3.3, может предусматриваться возмещение расходов на реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем (дополнительная программа "Реабилитационно-восстановительное лечение").

3.6. Перечень медицинских услуг, в том числе лекарственной помощи, и объем обязательств Страховщика (страховая сумма) по договору страхования определяется программой медицинского страхования и перечнем медицинских учреждений, определенных договором страхования, в которых Застрахованный вправе получить медицинскую и лекарственную помощь.

3.7. Страховщик принимает на себя обязательство организовать предоставление и оплату медицинской помощи Застрахованным по технологиям, применяемым в медицинских учреждениях, определенных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования. При заключении договора страхования на условиях п.3.4 Страховщик принимает обязательство организовать предоставление и оплатить лекарственные средства, назначенные врачом при амбулаторном лечении в аптеках медицинских учреждений, указанных в договоре страхования.

3.8. Не являются страховыми случаи обращения Застрахованного в медицинское учреждение по поводу:

3.8.1. Получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Страхователем (Застрахованным) действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления.

3.8.2. Умышленного причинения Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство.

3.8.3. В связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.9. Страховщик освобождается от ответственности по обязательствам, когда страховой случай наступил вследствие:

3.9.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

3.9.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

3.9.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3.10. Не является страховым случаем обращение за медицинской помощью в медицинские учреждения, не указанные в договоре страхования, за исключением случаев предварительно согласованных со Страховщиком. При этом оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному, осуществляется по прейскурантам, установленных для медицинских учреждений, указанных в договоре страхования.

3.11. При заключении договора страхования в отношении инвалидов II и III группы не покрываются страхованием возникновение или обострение заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договором условий страхования, состояния здоровья Застрахованного, срока действия договора страхования, стоимости сервисных услуг, включаемых в стоимость медицинских услуг, но не может быть менее установленной Страховщиком для конкретной программы страхования и категорий медицинских учреждений, определенных договором страхования.

4.2. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить страховую сумму при изменении цен на стоимость меди-

цинских услуг, перечень медицинских услуг (программы медицинского страхования), а также поменять медицинские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии.

О предполагаемом изменении стоимости медицинских услуг (лекарственной помощи), гарантированных программами добровольного медицинского страхования, Страховщик уведомляет Страхователя за месяц до предполагаемого введения новых цен.

4.3. При заключении договора по нескольким программам страхования одновременно Страховщик несет обязательства по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждому из условий.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле.

5.2. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет рассчитанные им страховые тарифы (Приложение № 1 к настоящим Правилам), определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом условий страхования (п.3.3 - 3.5 настоящих Правил), выбранной Страхователем программы медицинского страхования, категории медицинского учреждения (в зависимости от цен на оказание медицинских услуг в медицинском учреждении, предусмотренном договором страхования), срока страхования. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

При заключении договора по нескольким программам страхования размер страховой премии определяется путем суммирования премий по этим условиям.

При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется в процентах от годовой суммы страховой премии. При сроке действия договора страхования до 2 месяцев - 30%; 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%. 11 месяцев - 95% от суммы годовой страховой премии.

Основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения реальной тарифной ставки, учитывающей степень страхового риска, вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты, учитывающие состояние здоровья, возраст, профессию, род деятельности, образа жизни, хобби Застрахованного, территорию и время, на которое распространяется страхование, количество обращений Застрахованного за медицинской помощью в течение предыдущего страхового периода и длительность лечения, использование лечебным учреждением высококачественной медицинской техники, новейших методов лечения, привлечение врачей, имеющих более высокий уровень квалификации.

Страховщик также вправе применить оптовый понижающий коэффициент (Приложение №1).

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при

определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска определены с учетом многолетней практики применения повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании информации и документов, представленных Страхователем при заключении договора страхования.

Конкретные значения повышающих или понижающих коэффициентов определяются исходя из наличия (отсутствия) факторов риска и их влияния на повышение (понижение) вероятности наступления страхового события. Величина коэффициента определяется при заключении конкретного Договора страхования по результатам андеррайтинга.

5.3. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем одновременно или уплачиваться в рассрочку, наличными деньгами либо безналичным путем.

Порядок уплаты страховой премии и форма проведения расчетов и определяется в договоре страхования.

5.4. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (или первый взнос при уплате страховой премии в рассрочку) в 10-дневный срок (если иное не предусмотрено договором страхования), после подписания договора страхования.

Днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) считается:

- при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

- при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) страховой компании.

5.5. При неуплате страховой премии или очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования расторгается по инициативе Страховщика в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (договоренность об отсрочке страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования).

До момента зачисления суммы просроченного страхового взноса на расчетный счет Страховщика (уплаты в кассу или представителю Страховщика) медицинские услуги Застрахованному лицу не оказываются.

5.6. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, производится в следующем порядке:

а) страховая премия по дополнительному соглашению делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный);

Результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования.

Результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (п.п. "а") величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (п.п. "б").

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком до одного года, на 1 год или на срок более одного года (с расчетом и уплатой страховой премии ежегодно в порядке, предусмотренном настоящими Правилами).

6.2. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- о программе страхования и перечне медицинских учреждений, оказывающих медицинскую (лекарственную) помощь Застрахованным;
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора.

6.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему один экземпляр вместе с договором страхования (страховым полисом).

6.4. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести предварительное медицинское освидетельствование страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования Застрахованному устанавливается соответствующая группа здоровья и категория полиса:

группа здоровья I - практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

группа здоровья II - практически здоровые лица с повышенным риском заболевания, отягощенной наследственностью по диабету, сердечно-сосудистыми, почечно-желчнокаменными болезнями, психическими заболеваниями. В анамнезе - черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда.

Женщины детородного возраста;

группа здоровья III - лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции. Дети от 1 года до 5 лет и лица старше 60 лет.

6.5. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

6.5.1. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

6.5.2. Основанием для заключения договора является письменное заявление Страхователя (Приложения №7 и №8 к Правилам страхования), в котором должны быть указаны:

- полное наименование и юридический адрес Страхователя, его банковские реквизиты;
- список страхуемых граждан с указанием имени, отчества, фамилии, пола, месяца и года рождения, домашнего адреса и телефона, отношения к Страхователю (работающий,

член семьи, другие лица);

- желаемые условия страхования (программа страхования, перечень медицинских учреждений) в отношении каждого из подлежащих страхованию лиц;
- срок страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и страхового тарифа.

6.5.3. Страховщик вправе потребовать от Страхователя - юридического лица документально подтвержденные сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятии за последние 3-5 лет - общее количество дней нетрудоспособности и случаев таковой, среднегодовую фактическую численность штатных работников, а при отсутствии таких данных у Страхователя - определять размер подлежащей уплате страховой премии по базовому тарифу, основанному на общей медицинской статистике.

6.5.4. Страховщик в течение 10 рабочих дней принимает решение о возможности заключения договора страхования и делает соответствующие отметки на заявлении Страхователя.

Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и выдачи страховых полисов на каждого Застрахованного (Приложения №4 и №5 к настоящим Правилам).

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации. К договору прилагается список Застрахованных, являющийся неотъемлемой его частью.

В страховом полисе указываются:

- серия и номер;
- наименование Страхователя, серия и номер коллективного договора страхования, на основании которого выдан полис;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного, его пол, год и месяц рождения;
- перечень видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному по данному полису (программа страхования);
- перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованный имеет право обратиться за получением медицинской помощи и медицинских услуг по данному полису;
- срок действия договора страхования;
- страховая сумма;
- тарифная ставка;
- размер страховой премии;
- другие сведения в соответствии с действующим законодательством.

6.6. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.6.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является письменное анкета-заявление Страхователя (Приложение №6 к настоящим Правилам) с указанием:

- фамилии, имени и отчества Страхователя, его домашнего адреса и телефона;
- фамилии, имени и отчества Застрахованного, его пола, месяца и года рождения, домашнего адреса, телефона;
- желаемые условия страхования;
- срок действия договора страхования.

6.6.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня поступления заявления от Страхователя. До принятия заявления Страховщик вправе потребовать от Страхователя представления медицинского заключения о состоянии здоровья Застрахованного или провести соответствующее анкетирование.

6.6.3. Договор страхования заключается в письменной форме (в форме страхового полиса – Приложение №3 Правилам страхования).

Страховой полис выдается каждому Застрахованному в течение 5 рабочих дней после вступления договора страхования в силу.

6.7. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе.

При заключении договора страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

6.8. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.9. Договор страхования вступает в силу (при условии уплаты страховой премии или первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее:

- при перечислении денежных средств безналичным порядком - с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;

- при внесении наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика - с 00 часов дня, следующего за днем, в который была произведена оплата.

6.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

6.11. Согласно гражданскому законодательству при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил, без расширения объема обязательств Страховщика, предусмотренного данными Правилами страхования.

7. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ

7.1. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской в том числе лекарственной, помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховых взносов.

7.2. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские учреждения, указанные в договоре страхования.

При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

При обращении Застрахованного (его представителя) в аптеку медицинского учреждения по поводу лекарственных средств предъявляется рецепт, установленной формы,

выписанный врачом медицинского учреждения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях.

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных полисом прав Застрахованный обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе.

7.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями производится Страховщиком, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения.

Перечисление производится после получения от медицинских учреждений счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы, предусмотренной договором страхования.

Перечисление денежных средств на счет медицинского учреждения по поводу лекарственных средств осуществляется Страховщиком после получения от медицинского учреждения реестра (счета) на оплату лекарственных средств с приложением копий рецептов. В реестре (счете) указываются номер полиса, фамилия, имя, отчество Застрахованного, фамилия врача, выписавшего рецепт.

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. Истечения срока его действия - с 00 часов суток, следующих за датой, определенной договором в качестве даты окончания срока его действия.

8.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме - с момента такового.

8.1.3. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованные не приняли на себя обязанности Страхователя по договору страхования в течение 10 рабочих дней с момента принятия (выдачи) соответствующего акта государственного органа или вступления в законную силу судебного решения.

8.1.4. Смерти Застрахованного (при индивидуальном договоре страхования с физическим лицом) - в день смерти, определенный соответствующим свидетельством.

8.1.5. Соглашения сторон - с даты, определенной соглашением.

8.1.6. Неуплаты Страхователем очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку - с 00 часов суток, следующих за датой, определенной договором страхования для его уплаты.

8.1.7. Вступления в законную силу соответствующего судебного решения - со дня такового.

8.1.8. Одностороннего волеизъявления Страхователя при условии обязательного уведомления о намерении досрочного прекращения договора страхования не менее чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения.

8.1.9. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

8.2. Договор страхования может быть прекращен до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.3. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

В этом случае, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

8.4. О намерении досрочного прекращения договора Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее, чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если при заключении договора стороны не предусмотрели иной срок.

8.5. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (глава 29 ГК РФ).

8.6. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. При этом значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах страхования, в том числе отнесение Застрахованного к иной категории по состоянию здоровья и выявления обстоятельств, определенных п. 1.6 настоящих Правил.

9.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска последний вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

10.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на своевременное и качественное получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с избранными Страхователем Программой (программами) страхования и медицинскими учреждениями, определенными договором страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика немедленного проведения расследования по таким претензиям.

10.1.2. Застрахованный обязан:

- а) соблюдать предписания лечащего врача;
- б) соблюдать порядок, установленный в лечебном учреждении;
- в) обеспечить надлежащее хранение страхового полиса, исключая возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами.

10.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

10.2.1. Страхователь имеет право:

- а) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;
- б) при коллективном страховании в период действия договора страхования заменять Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.4 настоящих Правил;
- в) расширить список Застрахованных и (или) перечень медицинских услуг и медицинских учреждений для Застрахованных в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования, при условии подписания подготовленного Страховщиком письменного дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;
- г) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь – юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.5 настоящих Правил;
- д) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством Российской Федерации.

10.2.2. Страхователь обязан:

- а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;
- б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;
- в) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные договором страхования.

10.3. Права и обязанности Страховщика.

10.3.1. Страховщик имеет право:

- а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
- б) изменить страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительной страховой премии;
- в) досрочно расторгнуть договор в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

10.3.2. Страховщик обязан:

- а) заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими или иными учреждениями;
- б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным страховых медицинских полисов;
- в) обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;

г) защищать интересы Застрахованных посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным медицинской помощи в соответствии с условиями договора;

д) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных и их имущественном положении.

10.4. В случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора- страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их согласия) договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

10.5. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

После возврата Страховщику страховых полисов и/или страховых карточек лиц, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы и/или страховые карточки на условиях первоначально заключенного договора страхования.

При этом производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья Застрахованных за неистекший срок страхования.

11. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

11.2. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

11.3. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.